CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA

CEDULA DE EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDA DEL PACIENTE (AESP.7-QPS.4)

Fecha de elaboración:_____ **Fecha del evento:**_____

Tipo de evento notificado:_____ **Servicio evaluado:**_____

No.	ACTIVIDAD	LO REALIZA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
	PROCESO			
1	Informa a su jefe inmediato.			
2	Llenó el formato correspondiente.			
3	Entrega el formato de notificación en el periodo correspondiente de acuerdo al evento.			

*Se considera cumplimiento del protocolo cuando cumple el 100% de los puntos evaluados.

PERIODO DE NOTIFICACIÓN	TIPO DE EVENTO
En un lapso no mayor a 24 horas	Cuasifalla
En un lapso no mayor a 24 horas	Evento adverso
De forma inmediata	Evento centinela
En un lapso no mayor a 24 horas	Cuasifalla y error de medicación Categorías A,B,C,D,E y F
De forma inmediata	Cuasifalla y error de medicación Categorías G,H e I

_____

FIRMA DE LA PERSONA QUE EVALUA